

BVGer C-4560/2014 vom 24. Januar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4560_2014

FR: TAF C-4560/2014 du 24 janvier 2017

IT: TAF C-4560/2014 del 24 gennaio 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA) ; il applique en outre le droit d'office. Le Tribunal n'est pas lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral,

2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c, ATF 119 V 347 consid. 1a ; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante ayant été prononcée par décision du 15 juillet 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont déterminantes.

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante, ressortissante française, a travaillé et a été assurée en Suisse, et est actuellement domiciliée dans un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, les parties contractantes appliquaient entre elles, jusqu'au 31 mars 2012, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121), et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909). Une décision du Comité mixte du 31 mars 2012 (décision n° 1/2012 [RO 2012 2345]) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445, ATF 140 V 98 consid. 5.2, ATF 139 V 88 consid. 4, ATF 138 V 533 consid. 2.2). Cela étant, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, similaire à l'art. 3 par. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 3.3

S'agissant du droit interne, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de

l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le litige porte en l'espèce sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par voie de révision dès le 1er septembre 2014.

E. 5

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a néanmoins besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 5).

E. 6.2

Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 7

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). En présence d'un changement notable de l'état de fait, il convient de réexaminer le droit à la rente sous tous ses aspects, aussi bien en ce qui concerne le droit que les faits, sans être lié par la décision d'octroi de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_72/2010 du 17 juin 2010 consid. 2). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 112 V 371 consid. 2b ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

E. 8.1

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références). Une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 8C_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1, 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2, 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.2, 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1).

E. 8.2

En l'espèce, suite à la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante, du 9 mai 2003 (OAIE doc 78), deux communications, du 24 janvier 2006 (OAIE doc 97) et du 18 février 2009 (OAIE doc 133), ont été adressées à l'intéressée par l'administration. Or, il apparaît que la communication du 24 janvier 2006 a été le résultat d'une première procédure de révision de la rente, au cours de laquelle l'OAI GE, après avoir reçu des rapports médicaux des médecins traitants de la recourante (OAIE docs 82, 83, 89) et sur les recommandations du SMR (Dr I. _____ ; avis du 31 août 2005 [OAIE doc 91]), qui estimait qu'il convenait notamment de déterminer si les limitations fonctionnelles

étaient toujours aussi importantes qu'en 2003, a jugé nécessaire de requérir un examen approfondi de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail, sous la forme d'une expertise effectuée le 28 octobre 2005 par le Dr L._____, spécialiste en orthopédie et chirurgie. Celle-ci a donné lieu à un rapport d'expertise, du 24 novembre 2005 (OAIE doc 95), lequel tient compte des documents médicaux antérieurs figurant au dossier, comprend une anamnèse familiale, socio-professionnelle et médicale, ainsi que les résultats d'un examen clinique et de radiographies faites à la demande de l'expert, prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée et contient des conclusions discutées et dûment motivées. Le SMR, par le Dr I._____, s'est ensuite prononcé sur ce rapport d'expertise, sur lequel il s'est finalement fondé pour conclure à un état de santé inchangé (avis du 23 janvier 2006 [OAIE doc 96]). La communication ultérieure, du 18 février 2009, s'avère par contre n'être qu'une confirmation formelle du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, suite au constat, par les services de l'OAIE cette fois, d'une situation demeurée inchangée, constat basé sur un rapport E 213 d'un médecin mandaté par la sécurité sociale britannique (OAIE doc 115), sans que n'aient été entreprises d'investigations additionnelles (voir notamment prise de position du Dr M._____, du 6 décembre 2008 [OAIE doc 128]). Il convient donc de considérer la communication du 24 janvier 2006 comme une décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Par conséquent, contrairement à ce qui ressort en particulier de la réplique de l'autorité inférieure (TAF pce 3), la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification devra être jugée dans la présente affaire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la communication du 24 janvier 2006 et ceux qui ont existé jusqu'au 15 juillet 2014, date de la décision litigieuse supprimant la rente.

E. 9.1

La décision du 24 janvier 2006 maintenant le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité reposait avant tout sur le rapport d'expertise du 24 novembre 2005 du Dr L._____ (OAIE doc 95). Dans son rapport, celui-ci observait, suite à l'examen de l'intéressée, tout d'abord une marche sans boiterie particulière, puis, en position debout, une contracture paravertébrale nette, mais modérée, lombaire, bilatérale, une raideur lombaire basse aux inclinaisons latérales droite et gauche, une distance doigt-sol de 10 cm en flexion antérieure, avec une tension lombaire et une raideur lombaire basse, le redressement étant difficile, et une musculature fessière gauche moins puissante que la droite. En décubitus dorsal, l'expert constatait une petite hyposensibilité à la jambe gauche et au dos du pied gauche, aucune diminution évidente de la force musculaire à gauche par rapport à droite, des réflexes rotuliens et achilléens présents et symétriques, une douleur fessière à gauche à 80 degrés lors du signe de Lasègue, et une torsion du bassin vers la droite douloureuse dans la région sacro-iliaque gauche, tandis que la torsion vers la gauche n'était pas particulièrement sensible. En décubitus ventral, le Dr L._____ notait une absence de contractures lombaires paravertébrales, une palpation douloureuse des épineuses dorsales supérieures, niveau D3-D4, et des épineuses lombaires, surtout au niveau L3-L4, ainsi qu'une douleur vive à la palpation paravertébrale gauche à la hauteur de L4 et des articulations sacro-iliaques sensibles à la palpation des deux côtés (OAIE doc 95 p. 7 et 8). Enfin, les radiographies faites à la demande de l'expert le 28 octobre 2005 montraient une scoliose lombaire gauche de l'ordre de 15 à 18 degrés, un matériel d'ostéosynthèse bien en place, un pincement très marqué postérieur du disque L4-L5, de même qu'une absence de mouvement entre L4 et L5, le spondylolisthésis L5-S1 étant toujours présent. Sur la base de ces observations, le Dr L._____ posait les diagnostics de spondylolisthésis L5-S1 du

premier degré sur spondylolise bilatérale, de spina bifida L5, de status après discectomie L5-S1 et arthrodèse intersomatique et postérieure L5-S1 le 5 septembre 2001, de troubles statiques du rachis lombaire par scoliose lombaire droite de 15 degrés et de discopathies L4-L5. Il relevait que l'état de la recourante n'avait pas évolué depuis 2002-2003, les douleurs étant toujours présentes, même assez vives, empêchant l'intéressée de mener une vie normale, et estimait que les limitations fonctionnelles étaient toujours aussi importantes qu'en 2003. Or en 2003, au moment de la décision octroyant pour la première fois une rente entière d'invalidité à la recourante, les limitations fonctionnelles mises en évidence par les médecins étaient les suivantes. Il convenait d'éviter la position debout et la position assise n'était pas exigible de façon permanente ; de manière générale, la même position du corps pendant longtemps (au maximum 3 heures selon la Dresse J._____) devait être évitée, comme la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, le port de charges, le fait de se baisser, les mouvements des membres ou du dos, un horaire irrégulier, un travail en hauteur et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente (voir annexe au rapport médical de la Dresse J._____ du 13 novembre 2002 [OAIE doc 54 p. 4] et également rapport de Mme W._____ du 19 avril 2002 [OAIE doc 63]). Dans son avis du 13 février 2003 (OAIE doc 76), le Dr I._____, du SMR, reconnaissait que la recourante ne pouvait alors en faire plus, en raison de la persistance des douleurs et d'une faiblesse des membres inférieurs. Le Dr L._____ concluait enfin qu'il ne voyait pas la possibilité pour la recourante d'occuper un poste à plus de 20%. Il proposait pour finir que l'AI ou le médecin traitant de la recourante prenne l'avis d'un spécialiste en orthopédie rachidienne pour savoir si quelque chose pouvait être fait pour améliorer l'état de la patiente.

E. 9.2

Le Dr I._____, du SMR, dans son avis du 23 janvier 2006 (OAIE doc 96), reprenait tant les diagnostics que les conclusions du Dr L._____, notant en particulier que les douleurs avaient persisté depuis l'intervention de 2001, qu'il n'y avait pas de déficit neurologique notable, que l'arthrodèse était solide, mais que la discopathie était nette et que la légère scoliose s'était accentuée ; la capacité de travail restait ainsi de 20%.

E. 10

La décision litigieuse du 15 juillet 2014 supprimant la rente d'invalidité de la recourante se base, quant à elle, essentiellement sur le rapport d'expertise du 27 janvier 2014 (OAIE doc 213) établi par les Drs P._____ et Q._____, de la Clinique R._____, et contenant également les résultats d'un examen radiologique effectué le même jour que l'expertise (9 décembre 2013) par le Dr S._____ (OAIE doc 213 p. 112). La Dresse O._____, du service médical de l'OAIE, avait en effet considéré, dans sa prise de position du 7 mai 2013 (OAIE doc 171), que le rapport E 213 du Dr N._____ du 18 février 2013 (OAIE doc 168), seul document médical alors au dossier dans la présente procédure de révision, était sommaire et contenait quelques contradictions. Le rapport des experts de la Clinique R._____ satisfait dans l'ensemble aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des plaintes de la recourante (p. 20 à 22) et contient une anamnèse complète (OAIE doc 213 p. 7 à 17), les résultats d'examens clinique et radiologique (p. 22 à 29, 45 à 47), ainsi qu'une discussion sur la situation médicale et les points litigieux (p. 30 à 32, 38, 39, 48, 52, 53, 62 à 66), de même que des conclusions motivées (p. 40 à 43, 53, 54, 64 à 66 ; voir supra consid. 6.2).

E. 10.1.1

L'examen physique de la recourante, effectué par les Drs P. _____ et Q. _____, les a conduits à constater en particulier une discrète irrégularité au niveau de la musculature paravertébrale lombaire, légèrement plus proéminente à gauche, une inclinaison latérale droite et gauche conservée, une distance doigt-sol de 30 cm, ce qui est en faveur d'une raideur lombaire et sous-pelvienne, des difficultés au redressement du tronc et toujours une sensibilité des articulations sacro-iliaques bilatérales, ainsi qu'une discrète tendance scoliotique sinistro-concave et une discrète différence de longueur des membres inférieurs en lien avec la scoliose (OAIE doc 213 p. 23, 24, 45, 46, 62). L'examen neurologique a par ailleurs montré une marche sans boiterie, l'impression d'une moindre résistance du membre inférieur gauche, sans qu'on puisse parler d'un déficit moteur, cette impression d'une moindre force étant corroborée par la chute de quelques degrés de la cuisse gauche par rapport à la droite, des réflexes rotuliens et achilléens présents et symétriques, et une petite faiblesse du membre inférieur gauche, se traduisant par une sensation de déroboement et une butée du pied au bout d'une certaine distance de marche, ainsi que par des troubles inconstants de la sensibilité au niveau du pied gauche et plus rarement du mollet gauche. Les experts n'ont pas observé de signe de Lasègue (OAIE doc 213 p. 24, 25, 46). En outre, les résultats des examens d'imagerie du 9 décembre 2013 rapportés par les experts de la Clinique R. _____ ont montré un status post-arthrodèse L5-S1 avec matériel d'ostéosynthèse en bonne position, ainsi qu'une scoliose lombaire évaluée à 15 degrés et une discopathie L4-L5, les radiographies révélant au surplus quelques signes de discopathie au niveau de L3-L4 (OAIE doc 213 p. 28 à 30). Sur la base de ces observations, les experts de la Clinique R. _____ ont retenu les diagnostics de spondylolisthésis de L5 sur S1, en phase stabilisée, en status post-intervention par réduction partielle du spondylolisthésis L5-S1 et arthrodèse L5-S1, de paralysie L5 gauche sur spondylolisthésis L5-S1, en phase de séquelle, de spina bifida L5 en phase stabilisée, de discopathie L4-L5 et de scoliose dorso-lombaire sinistro-concave, également en phase stabilisée, en les distinguant selon qu'ils ont ou pas une incidence sur la capacité de travail (OAIE doc 213 p. 18 et 44). Toujours sur la base de leurs observations, et en se référant par ailleurs notamment au rapport E 213 du Dr N. _____ du 18 février 2013 (OAIE doc 168) - lequel a indiqué une absence d'incapacité dans l'activité habituelle comme adaptée et la présence d'une limitation à la flexion, sinon un examen sans particularité notable -, les experts ont conclu que la situation médicale avait bel et bien évolué favorablement, cette évolution étant également validée par l'absence de suivi spécialisé et des traitements médicamenteux se limitant à une simple prise de paracétamol, de surcroît inférieur à ce qui pourrait être proposé (OAIE doc 213 p. 32, 33).

E. 10.1.2

Le Tribunal de céans ne peut suivre à ce stade les conclusions des experts. En effet, d'une part, comme ces derniers le relèvent d'ailleurs eux-mêmes (voir « Analyse spécifique à une révision de rente » [OAIE doc 213 p. 19 et 45]), les diagnostics retenus au terme de l'expertise de la Clinique R. _____ sont identiques à ceux posés par le Dr L. _____ dans son rapport du 24 novembre 2005 (voir supra consid. 10.1 ; OAIE doc 95 p. 10) ; en outre, les observations médicales de ces trois experts s'avèrent comparables. Ainsi, le Dr L. _____ rapportait également, en particulier, une raideur lombaire, des difficultés au redressement du tronc et une sensibilité des articulations sacro-iliaques bilatérales, une marche sans boiterie, un déshabillage et un rhabillage sans problèmes (voir OAIE doc 213 p. 59 « Signes cérébelleux »), des réflexes rotuliens et achilléens présents et symétriques, l'impression d'une moindre force du membre inférieur gauche, ainsi qu'une petite faiblesse

de ce membre et une hyposensibilité (OAIE doc 95 p. 7 et 8). Concernant la distance doigt-sol, le Dr L. _____ notait 10 cm, alors qu'elle est de 30 cm selon les experts de la Clinique R. _____, signe d'une péjoration plutôt que d'une amélioration. Il en va de même des résultats des examens d'imagerie du 9 décembre 2013 rapportés par les experts de la Clinique R. _____, identiques aux constats du Dr L. _____ fondés sur les radiographies du 28 octobre 2005 (OAIE doc 95 p. 9 et 10), à l'exception des signes de discopathie au niveau de L3-L4, qui n'étaient pas présents en 2005 (OAIE doc 213 p. 29) et qui là non plus ne vont pas dans le sens d'une amélioration. Les Drs P. _____ et Q. _____ ont d'ailleurs eux-mêmes relevé, à plusieurs reprises dans leur rapport d'expertise, à quel point la situation médicale avait peu évolué depuis 2005, voire depuis la cure chirurgicale de septembre 2001. Ils mentionnent ainsi, notamment, que la scoliose lombaire évaluée à 15 degrés est inchangée par rapport à l'évaluation du Dr L. _____ (OAIE doc 213 p. 30, 31, 51, 62, 63), que, s'agissant du diagnostic de spondylolisthésis de L5 sur S1, la situation ne montre aucune détérioration à douze ans du traitement chirurgical, cette pathologie pouvant être considérée comme non évolutive (OAIE doc 213 p. 35), et que l'affection neurologique semble également fixée depuis douze ans. A cet égard, les experts de la Clinique R. _____ relèvent que cette affection est nettement au second plan par rapport aux atteintes orthopédiques, dans la mesure où le problème neurologique a été traité avec succès par l'intervention de septembre 2001 (OAIE doc 213 p. 62) ; ce constat était déjà fait par le Dr I. _____, du SMR, dans son avis du 23 janvier 2006 (OAIE doc 96), dans lequel il notait qu'il n'y avait pas de déficit neurologique notable et que l'arthrodèse était solide (voir supra consid. 10.2). Dès lors, les Drs P. _____ et Q. _____ ne peuvent se contenter d'affirmer qu'une amélioration est bel et bien survenue, en se fondant sur l'examen clinique, les signes objectivables et le bilan d'imagerie, ceux-ci apparaissant très semblables à la situation médicale à l'époque de la communication du 24 janvier 2006. D'autre part, le rapport E 213 du Dr N. _____ du 18 février 2013 (OAIE doc 168) ne saurait non plus servir d'indice à une éventuelle amélioration de l'état de santé de la recourante, dans la mesure où il ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux (voir supra consid. 6.2). En effet, ainsi que l'a relevé la Dresse O. _____ dans sa prise de position du 7 mai 2013 (OAIE doc 171), ce rapport est rempli de manière sommaire et imprécise : en particulier, il ne mentionne aucun diagnostic, ni n'apporte de motivation à ses conclusions quant à la capacité de travail retenue ; il confond en outre l'activité habituelle qu'exerçait l'intéressée, soit celle de vendeuse responsable-gérante d'une boutique, et l'activité qu'elle exerce actuellement. Enfin, l'absence de suivi spécialisé et des traitements médicamenteux inférieurs à ce qui pourrait être proposé ne sont pas non plus des éléments de nature à établir une amélioration de l'état de santé puisqu'il ressort de l'expertise du Dr L. _____ qu'à ce moment-là non plus, la recourante ne consultait pas de spécialiste, ni ne prenait de médication en particulier, raison pour laquelle le Dr L. _____ a conseillé le recours à un spécialiste des affections rachidiennes, le seul traitement alors rapporté par l'expert étant un traitement sous forme de physiothérapie consistant en des massages et une mobilisation, sans musculation (OAIE doc 95 p. 6 et 13). La Dresse J. _____, dans un rapport du 6 avril 2005 (OAIE doc 89), indiquait par ailleurs un traitement par kinésithérapie et prise d'antalgiques. Il ne ressort pas non plus des actes qu'auparavant, lors de l'instruction de la demande de prestations, la recourante suivait un traitement différent (voir par exemple OAIE docs 54 p. 2, 55, 61 p. 1 et 4). Il convient encore de relever, pour être complet, qu'il n'y a aucun indice au dossier laissant supposer que l'OAIE ait, comme le suggéraient le Dr L. _____, puis le Dr I. _____ (OAIE doc

96), transmis l'expertise du Dr L. _____ au médecin traitant de l'intéressée et que celui-ci en ait eu connaissance, et, par là-même, ait eu connaissance des mesures médicales conseillées. Il n'apparaît pas non plus que l'OAIE ait informé la recourante à ce sujet, encore moins requis d'elle qu'elle entreprenne des démarches à cet égard. En procédure d'audition, l'intéressée s'est toutefois adressée au Dr U. _____, certes neurochirurgien et non pas spécialiste du rachis, lequel, dans son rapport du 15 avril 2014, conseille néanmoins également un traitement conservateur, avec prise d'anti-inflammatoires au besoin et traitement physiothérapeutique. Le Tribunal constate dès lors qu'il ressort du rapport des experts de la Clinique R. _____ bien plus une absence de détérioration qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante (par exemple, OAIE doc 213 p. 35, 62, 63), constat que reflète la prise de position du 6 décembre 2008 du Dr M. _____ (OAIE doc 128), qui admettait que l'état de santé était stationnaire, les plaintes de l'intéressée étant fondées sur des altérations dégénératives et irréversibles de la colonne vertébrale.

E. 10.2.1

S'agissant des limitations fonctionnelles, les Drs P. _____ et Q. _____ ont relevé que l'intéressée devait éviter la station assise et debout prolongée, ainsi que la marche prolongée en raison du risque de chutes par accrochage du pied, les positions en porte-à-faux lombaire et le port de charges moyennes ou lourdes (OAIE doc 213 p. 37 à 39, p. 51 à 53). Ils ajoutent que ces limitations sont globalement les mêmes que celles mentionnées dans le rapport E 213 du 11 janvier 2008 (OAIE doc 115) remis à l'OAIE au moment de la deuxième révision de rente, si ce n'est le port de charges qui serait maintenant possible pour des charges moyennes (OAIE doc 213 p. 39). A ces limitations, la Dresse O. _____, dans sa prise de position du 4 février 2014 (OAIE doc 215), a encore ajouté l'exposition au froid, au chaud, à l'humidité et aux intempéries.

E. 10.2.2

Contrairement à ce qu'ont affirmé les experts de la Clinique R. _____ dans leur rapport, les limitations fonctionnelles qu'ils ont retenues peuvent être comparées à celles prises en compte par le Dr L. _____. En effet, celui-ci, s'il ne les a pas décrites, s'est référé à cet égard aux limitations fonctionnelles qui existaient en 2003 (voir supra consid. 9.1 ; voir annexe au rapport médical de la Dresse J. _____ du 13 novembre 2002 [OAIE doc 54 p. 4] et également rapport de Mme W. _____ du 19 avril 2002 [OAIE doc 63]), répondant d'ailleurs ainsi à la question que lui posait le Dr I. _____ dans son avis du 31 août 2005 (OAIE doc 91), à savoir si les limitations fonctionnelles étaient toujours aussi importantes qu'en 2003. Or, il s'avère qu'à cet égard non plus, les experts précités n'ont pu établir d'amélioration notable. En effet, comme en 2003 et en 2008, les Drs P. _____ et Q. _____ estiment qu'il faut éviter la position debout et assise de façon prolongée ; autrement dit, ainsi que l'indiquait la Dresse J. _____, la même position du corps pendant longtemps est à proscrire. S'agissant de la marche, tant les experts que la Dresse J. _____ la déconseillent, de manière prolongée pour les experts, et sur sol irrégulier ou en pente pour la Dresse J. _____. Cette dernière déconseillait également la position à genoux et accroupie, l'inclinaison du buste, le fait de se baisser et un travail en hauteur. Certes, les experts de la Clinique R. _____ n'ont pas mentionné ces limitations, mais n'ont pas non plus indiqué les motifs pour lesquels ils ne les renaient pas, si ce n'est l'accroupissement, au sujet duquel ils relèvent qu'il était complété à seulement 2/3 de la normale en février 2013, mais effectué sans limitation au moment de l'expertise (OAIE doc 213 p. 37). Ceci ne veut toutefois pas encore dire que la position accroupie est exigible de façon régulière, dans

une activité professionnelle. Quant à l'inclinaison du buste, il sied de relever qu'elle était à éviter lorsque la distance doigt-sol qu'atteignait la recourante était de 10 cm, selon les observations du Dr L. _____ ; or, les experts de la Clinique R. _____ ne la retiennent pas dans leur rapport, sans toutefois en expliquer les raisons, tout en constatant par ailleurs que cette distance est de 30 cm et en faisant état à ce sujet d'une raideur lombaire qu'observait également le Dr L. _____. En outre, la position en inclinaison du buste figurait parmi les limitations fonctionnelles du rapport E 213 de janvier 2008 (OAIE doc 115 p. 10 : « Frequent bending »), dont les Drs P. _____ et Q. _____ disent qu'elles sont concordantes aux limitations qu'ils retiennent (mis à part le port de charges). Il en va de même de l'« Exposition au chaud ou au froid », case que les experts n'ont pas cochée (OAIE doc 213 p. 38) alors que le rapport E 213 de janvier 2008, auquel ils se réfèrent, notait le froid et l'humidité parmi les limitations fonctionnelles, limitations que la Dresse O. _____ a d'ailleurs ajoutées sans plus d'explication dans sa prise de position du 4 février 2014. S'agissant enfin du port de charges, les Drs P. _____ et Q. _____ se contentent dans leur rapport d'affirmer, sans le démontrer et, du reste, en se contredisant, que les restrictions qui y sont liées « sont moins importantes que celles décrites en 2002 » ; l'intéressée pourrait maintenant porter des charges, lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) selon les limitations que les experts mentionnent aux pages 38 et 52 de leur rapport, ou moyennes (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12 kg souvent et/ou <5 kg en permanence) selon la page 39 de ce même rapport. Les experts de la Clinique R. _____ ajoutent à la confusion en citant à cet égard, mais sans expliquer pourquoi ils s'en écartent, le rapport E 213 du 18 février 2013 du Dr N. _____, qu'ils considèrent comme étant le premier à noter l'amélioration de l'état de santé de la recourante et dans lequel le port de charges est pourtant déconseillé (OAIE doc 213 p. 39). Il ressort dès lors du rapport des Drs P. _____ et Q. _____ que ces derniers n'ont pas clairement démontré une diminution notable des limitations fonctionnelles subies par la recourante. Dans ce contexte, on peut d'ailleurs rappeler que la rente entière de cette dernière a été maintenue au terme de la deuxième révision d'office entreprise, durant laquelle a été produit le rapport E 213 de janvier 2008, dont les limitations fonctionnelles seraient, selon les experts, globalement les mêmes que celles qu'ils retiennent.

E. 10.3

Sur la base de leurs constatations, les experts de la Clinique R. _____ ont conclu à une incapacité de travail de 40% dans l'ancienne activité de gérante-vendeuse d'un magasin et à une capacité de travail entière, avec un rendement réduit de 20%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, et ce, depuis au moins l'examen du 18 février 2013 du Dr N. _____ (OAIE doc 213 p. 40 à 43, p. 53 à 55). Ils expliquent que dans l'activité habituelle, la recourante nécessitait la position debout et en porte-à-faux dans la part de son activité relative à la vente, mais que les positions ne sont pas statiques et peuvent être entrecoupées de position assise selon l'affluence de la clientèle, le porte-à-faux lombaire pouvant en partie être détourné par des gestes ergonomiques. S'agissant d'une activité adaptée, les experts relèvent qu'il n'existe pas, dans l'emploi de tutrice, d'incapacité de travail, mais une simple baisse de rendement pour permettre des changements réguliers entre les positions assise et debout. Cela étant, dans la mesure où aucun changement significatif dans l'état de santé de l'intéressée, ni dans ses limitations fonctionnelles ne ressort du rapport d'expertise des Drs P. _____ et Q. _____, cette estimation de la capacité de travail revient à procéder à une nouvelle appréciation des faits antérieurs, restés inchangés, et ne saurait par conséquent être suivie par le Tribunal de céans. D'ailleurs, dans

leur motivation sur la capacité de travail, les experts font plus souvent état de leur incompréhension face aux taux d'incapacité de travail retenus par le passé qu'ils ne démontrent une véritable amélioration de cette incapacité par l'existence d'un état qui se serait modifié.

E. 10.4

Les prises de position de la Dresse O._____ des 4 février et 2 juin 2014 (OAIE docs 215, 234) ne donnent pas un éclairage différent des résultats de l'expertise des Drs P._____ et Q._____, puisque le médecin AI se contente d'affirmer une amélioration clinique objective par rapport aux examens antérieurs (révision de 2008) et des limitations fonctionnelles moindres qu'auparavant, sans démontrer cette amélioration ; elle fait notamment état des séquelles neurologiques minimales, déjà constatées par le Dr I._____ dans son avis du 23 janvier 2006 (OAIE doc 96), et de l'absence de contracture lors de l'examen, alors qu'une raideur lombaire et sous-pelvienne est notamment relevée par les experts de la Clinique R._____. Par ailleurs, on peut mentionner qu'elle propose, parmi les activités adaptées exigibles à 80%, celle de vendeuse, bien qu'il s'agisse là précisément de l'activité habituelle de la recourante, exigible à 60% seulement selon la Dresse O._____. Ce faisant, la Dresse O._____ n'enlève rien à la confusion qu'elle relevait à propos du rapport E 213 du Dr N._____.

E. 11

Dès lors que les experts n'ont pas établi qu'un changement significatif était intervenu dans la situation de l'intéressée par rapport aux circonstances qui existaient au moment de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente (communication du 24 janvier 2006), et qu'aucun autre élément au dossier ne vient étayer le point de vue des experts de la Clinique R._____ quant à une amélioration notable de l'état de la recourante, il n'existe aucun motif de révision au sens de la loi, ressortant du dossier. L'OAIE ne pouvait pas, par conséquent, conclure à une modification notable du taux d'invalidité, d'autant moins qu'aucune autre circonstance, notamment d'ordre économique, susceptible d'influencer la capacité de gain n'est survenue depuis lors. En définitive, l'autorité de première instance a effectué une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, ce qui ne permet pas de fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA (voir supra consid. 7 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 7.3.7 et C-630/2013 du 14 décembre 2015 consid. 8.2.5).

E. 12

Reste à examiner si les conditions d'une reconsidération de la rente initiale de la recourante sont réunies. En effet, le Tribunal peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 368 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 3139).

E. 12.1

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. L'objet de la reconsidération est une

décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond (ATF 127 V 466 consid. 2c ; Michel Valterio, op. cit., n. m. 3125). En l'espèce, il est constant que la communication du 24 janvier 2006 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3926/2014 du 9 septembre 2015 consid. 15 et C-630/2013 du 14 décembre 2015 consid. 9).

E. 12.2

En l'espèce, le Tribunal de céans ne saurait admettre un motif de reconsidération, la décision du 24 janvier 2006 n'étant pas sans nul doute erronée. Au contraire, cette décision a été rendue après un examen soigneux de l'état de santé de la recourante et en pleine connaissance de son activité professionnelle. Bien que dans leur motivation sur la capacité de travail, les experts de la Clinique R. _____ fassent à plusieurs reprises état de leur incompréhension concernant les taux d'incapacité de travail retenus par le passé (voir supra consid. 10.3), leur rapport d'expertise du 27 janvier 2014, qui constitue une appréciation médicale différente ultérieure, ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision du 24 janvier 2006, laquelle était fondée sur une appréciation des faits tout à fait admissible compte tenu de la situation de faits et de droit de l'époque. Ainsi, les éléments au dossier ne permettent pas de conclure que les conditions de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante n'étaient pas remplies à l'époque et de retenir l'existence d'une irrégularité manifeste. L'autorité inférieure n'a d'ailleurs jamais prétendu au cours de la procédure de révision que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGa paraissaient remplies.

E. 13

Pour être complet, il sied encore d'ajouter qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire en l'occurrence, dans la mesure où les éléments au dossier sont suffisants et présentent une valeur probante également suffisante pour permettre au Tribunal de trancher le litige au moins au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, lorsque l'administration

ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n° 10 consid. 4b).

E. 14

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'OAIE du 15 juillet 2014 doit être annulée. Partant, la recourante a toujours droit à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 août 2014. L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine le montant des arriérés de rente à verser à l'intéressée, ainsi que les intérêts moratoires dus au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA. Il rendra une décision à cet égard. La conclusion subsidiaire de la recourante sollicitant la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire est sans objet.

E. 15

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par la mandataire de la recourante, qui a consisté en la rédaction d'un recours de huit pages, d'une réplique d'une page, et de trois courriers d'une page chacun, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'000.-, à la charge de l'autorité inférieure.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.